



**ANA SOFIA  
GONÇALVES  
TEIXEIRA**

## **SOFRIMENTO EMOCIONAL NA DEFICIÊNCIA VISUAL**



**ANA SOFIA  
GONÇALVES  
TEIXEIRA**

## **SOFRIMENTO EMOCIONAL NA DEFICIÊNCIA VISUAL**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação, e com a coorientação da Professora Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires, Professora Auxiliar Convidada, do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico a minha dissertação de Mestrado a todas as pessoas amigas que me ajudaram a concretizar este sonho de criança, pois, sem o seu apoio, nada teria sido possível.

De modo muito especial, dedico este trabalho à Irmã Regina que me acolheu e que me ama como uma mãe, à Irmã Isabel que tanto investiu em mim, à Irmã Clarinda que tanto me fez progredir, à Irmã Flávia que me ensinou a amar-me, à Irmã Alzira que me viu crescer e que me proporcionou tantos momentos de alegria, à Irmã Rosa Catarina e à irmã Encarnação que me cativaram, a irmã Conceição Rodrigues que sempre me acolheu, a irmã Vitória pela alegria, a irmã Matilde pela atenciosidade, e às demais Irmãs que contribuíram para o meu sucesso, me amaram e aceitaram como uma filha. Sem dúvida, que tudo o que hoje sou e tenho se deve, essencialmente, ao incentivo e ao apoio de todas.

Não menos importante, dedico ainda esta dissertação ao admirável amigo Mestre Hélder Castanheira que, mesmo depois de partir para junto de Deus, não deixou de fazer parte da minha vida e continua a transmitir-me muita força e coragem.

A minha carinhosa gratidão a todas estas pessoas, por serem parte da minha existência.

## **o júri**

presidente

**Professora Doutora Sara Otília Marques Monteiro**  
Professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Emília de Carvalho Coutinho**  
Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Viseu

**Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**  
Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

“Todos os que passam por nós, deixam um pouco de si e levam um pouco de nós” (Antoine de Saint-Exupéry).

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, por quem tenho uma grande admiração e carinho, que sempre esteve presente e atenta a todos os meus passos. Saliento toda a sua sabedoria, apoio, colaboração e atenção, bem como toda a dedicação demonstrada; à minha coorientadora Professora Doutora Ana Carla Seabra Pires Torres pela disponibilidade, colaboração, atenção, carinho e paciência; às instituições que divulgaram o meu estudo, pela colaboração e ajuda prestadas, lembrando de modo especial todos os dirigentes e colaboradores da ACAPO; a todos os que responderam com a sua prestimosa participação e a todos os colaboradores dos Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia da Universidade de Aveiro, de modo especial à Dr<sup>a</sup>. Susana Andrea Martins e à Dr<sup>a</sup>. Rita Isabel Gonçalves, pelo profissionalismo, rapidez e eficácia na disponibilização dos materiais em formato acessível.

Agradeço à estimada Dra. Gracinda Martins, que sempre esteve presente em todos os momentos de dor e de glória do meu percurso académico e que tanto me tem ajudado a crescer em paz e serenidade; aos grandes amigos que estiveram comigo nos bons e maus momentos e me transmitiram palavras de incentivo e de conforto quando mais precisei, reforçando o apoio incansável da Ana Lemos, do Ambrósio Carlos, do Antero Santiago, da Bernardete Coelho, do Bruno Almeida, da Cláudia Carmo, da Cristina Santos, do David Barroso, da Filipa Martins, da Gracinda Marques, da Graciete Henriques, da Isabel Gomes, da Isabel Pinheiro, do João Pedro Barbosa, do João Pedro Carvalho, da Liliana Tavares, da Patrícia Marinho, do Pedro Coutinho, do Pedro Farias, da Rita Vicente, da Sara Pinho, da Sarah Reis, da professora Celestina Barroco, de todos os funcionários da Casa da Sagrada Família da Guarda, do meu grupo de jovens Voluntários de Teresa de Saldanha (VTS); às Irmãs Dominicanas de Santa Catarina de Sena, especialmente as da Casa da Sagrada Família da Guarda e as da Casa de Aveiro, que nunca deixaram de acreditar em mim e que sempre apoiaram os meus sonhos; aos meus pais e irmãos, que aprenderam a acreditar em mim e nas minhas potencialidades; ao saudoso Mestre Hélder Castanheira, que continua a fazer parte da minha vida e a dar-me força e inspiração.

E a Deus, pelas vezes que me segurou nos Seus braços e me deu coragem para seguir o meu caminho.

## **palavras-chave**

Deficiência visual, sofrimento emocional, sintomas de ansiedade, sintomas de depressão e dor psicológica.

## **resumo**

Em Portugal são escassas as investigações que estudam o sofrimento emocional na população adulta com deficiência visual (DV). A presente investigação teve como principal objetivo estudar a associação da DV com o sofrimento emocional, avaliado através dos sintomas de ansiedade, de depressão e de dor psicológica.

A amostra foi composta por 208 indivíduos com DV com idades compreendidas entre os 18 e os 73 anos ( $m=39.72$ ,  $dp=13.66$ ). Os participantes foram convidados através de Estabelecimentos de Ensino Superior, Centros de Reabilitação e Associações intervenientes na DV. Os instrumentos utilizados foram os seguintes: um Questionário Sociodemográfico; a Escala da Dor Psicológica (EDP); a Escala de Ansiedade e de Depressão Hospitalar (EADH); e o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9).

Os resultados indicaram que os indivíduos com DV adquirida apresentaram mais dor psicológica do que os indivíduos com DV congénita. Contudo, o mesmo não se verificou ao nível da ansiedade e da depressão. Constatou-se também que não existem diferenças significativas em algumas variáveis sociodemográficas (sexo, idade e nível de escolaridade) ao nível do sofrimento emocional. No que concerne ao estado civil, verificou-se diferenças estatísticas entre eles, sendo que foram os indivíduos solteiros os que registaram maior interferência dos sintomas de depressão na vida. Não se verificaram diferenças significativas em algumas variáveis clínicas e sociodemográficas (natureza da DV, idade, sexo, nível de escolaridade e estado civil) ao nível da perceção da interferência da DV na vida. Os resultados deste estudo pioneiro indicaram que os indivíduos que percecionaram que a DV interferia mais nas suas vidas apresentaram mais dor psicológica e sintomas de depressão.

São referidas algumas implicações deste estudo nomeadamente ao nível da reabilitação, do apoio psicológico e da formação dos profissionais de saúde, educadores e docentes. Intervir precocemente no sofrimento emocional permitirá contribuir para a saúde mental e qualidade de vida das pessoas com DV.

**keywords**

Visual impairment, emotional distress, depressive symptoms, anxiety symptoms, psychache symptoms.

**abstract**

The researches on emotional suffering regarding the grown-up population with visual deficiency (VD) are scarce in Portugal. The main purpose of this research was to study the VD association with the emotional suffering, evaluated through the symptoms of anxiety, depression and psychological pain.

The sample consisted of 208 people with VD aged from 18 to 73. The participants were invited through Higher Education Institutions, Rehabilitation Centres and Associations that took part in the VD. These were the used materials and resources: a Sociodemographic Questionnaire, the Psychological Pain Scale (PPS), the Hospital AnxietyDepression Scale (HADS) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

The results showed that people with acquired VD had a larger psychological pain than people with congenital VD. However, that didn't happen as far as anxiety and depression is concerned. It was also noticed that there aren't significant differences in some sociodemographic variables (sex, age and schooling level) at the emotional pain level. As far as the marital status is concerned, statistical differences between them were noticed, being single people those who showed a greater interference of the depression symptoms in life. There weren't significant differences in some clinical and sociodemographic variables (VD type, age, sex, schooling level and marital status) regarding the perception of the interference of VD in life. The results of this pioneer study showed that people who noticed that VD had a greater interference in their lives showed a larger psychological pain and depression symptoms.

Some implications of this study are referred, namely regarding rehabilitation, psychological support and training of health professionals, educators and teachers. Interfering quite early in the emotional suffering will help with mental health and life quality of people with VD.

## Índice

Introdução .....	1
Método .....	7
Participantes .....	7
Instrumentos.....	8
Questionário sociodemográfico. ....	9
Escala da dor psicológica. ....	9
Escala de ansiedade e de depressão hospitalar.....	10
Questionário de saúde do paciente.....	10
Procedimentos .....	11
Resultados .....	12
Discussão .....	16
Referências Bibliográficas .....	24
Anexos .....	30
Anexo A – Pedido de autorização aos autores das escalas .....	31
Anexo B – Consentimento Informado .....	32
Anexo C – Questionário Sociodemográfico .....	33
Anexo D - Escala da Dor Psicológica.....	35
Anexo E - Escala de Ansiedade e de Depressão Hospitalar .....	36
Anexo F – Questionário de Saúde do Paciente .....	39



## **Índice de Figuras**

Figura 1. Dados da distribuição da população com DV por região geográfica segundo o censos de 2011. ....	1
--	---

## **Índice de Quadros**

Quadro 1.....	8
Quadro 2.....	12
Quadro 3.....	13
Quadro 4.....	14

## **Lista de Abreviaturas**

AVD – Atividades da vida diária

CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa

DP – Desvio Padrão

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais

DV – Deficiência Visual

EADH – Escala de Ansiedade e de Depressão Hospitalar

EDP – Escala da Dor Psicológica

M – Média

n – Número de participantes

P - Valor de significância

PHQ-9 – Questionário de Saúde do Paciente

QDV – Qualidade de vida

WHO - World Health Organization

### Introdução

A deficiência visual (DV) é uma redução severa na visão que não pode ser corrigida com óculos, lentes de contacto ou cirurgia (Dibajnia, Moghadasin, Madahi, & Keikhayfarzaneh, 2013). Falvo (2005) acrescenta ainda que qualquer desvio da visão normal é considerada como DV. A DV é altamente prevalente em todo o mundo (Walker, Anstey, & Lord, 2006). O National Eye Institute menciona que a DV afeta 3.3 milhões de norte-americanos, sendo que em 2020 afetará cerca de 5.5 milhões (Dibajnia et al., 2013). Segundo o censo de 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2011), a DV afeta 889578 pessoas da população adulta Portuguesa, sendo que 64.5% são do sexo feminino. Esta população reside maioritariamente nas zonas centro (50%) e norte (33%), sendo que os arquipélagos da Madeira (2%) e dos Açores (2%) são as áreas que apresentam menor número de pessoas com DV (ver Figura 1).

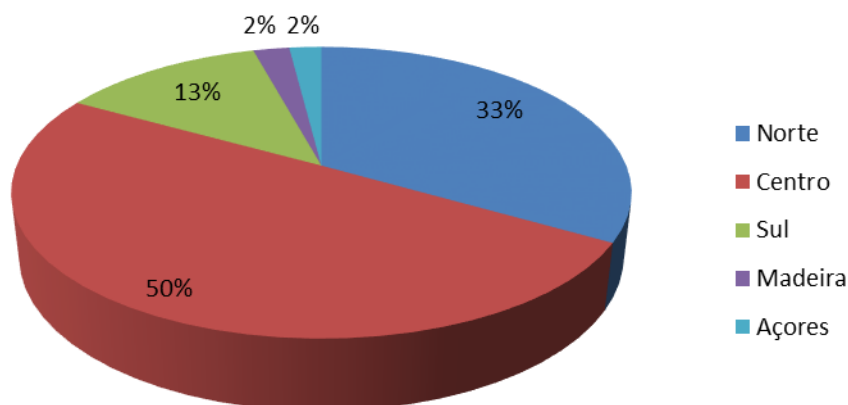


Figura 1. Dados da distribuição da população com DV por região geográfica segundo o censo de 2011.

Quanto à sua natureza, a DV pode ser congénita ou adquirida. Segundo o dicionário de Ciências da Saúde (Pinheiro, 1997), entende-se por doença congénita toda aquela que é adquirida antes do nascimento ou durante o primeiro mês de vida, independentemente da sua causa. Duranteau (1981) acrescenta ainda, que uma afeção congénita pode ser hereditária, proveniente dos pais, ou adquirida durante os primeiros meses da vida no interior do útero. Já a doença adquirida é aquela que é fomentada no meio em que se vive.

## SOFRIMENTO EMOCIONAL NA DEFICIÊNCIA VISUAL

Esta pode ser causada por um traumatismo (não transmissível) ou por infecções bacterianas ou virais<sup>1</sup>.

O diagnóstico de uma doença crónica envolve um impacto imediato frequentemente stressante, não sendo a DV um caso de exceção (Bambara et al., 2009). Silveira e Sequeira (2002) referem que a forma como o indivíduo sente a sua própria deficiência está relacionada com a natureza da DV. Rodrigues (2004) defende que a perda da visão é vista como a perda sensorial mais valorizada e temida, pois esta implica perder o controlo sobre o meio físico envolvente, social e económico, provocando incerteza e receio perante o futuro. Conforme defende Dibajnia e colaboradores (2013), esta condição propicia a existência de elevados níveis de sofrimento emocional. A World Health Organization (WHO, 2012) acrescenta ainda que a DV provoca limitações na capacidade das pessoas na execução das atividades da vida diária (AVD), com consequências negativas que resultam na maioria das vezes em sofrimento emocional. Note-se que no presente estudo se entende por sofrimento emocional a presença de sintomas de ansiedade e de depressão, bem como, de dor psicológica. Estudos mostram que existe uma forte relação entre a DV e o sofrimento emocional, sendo este último traduzido por variáveis clínicas (ansiedade, depressão e natureza da doença) (Bernabei et al., 2011; Capella-McDonnall, 2005; Dibajnia et al., 2013; Evans, Fletcher, & Wormald, 2007; Silveira & Sequeira, 2002; Walker et al., 2006), o que já não é tão evidente em relação à dor psicológica. É de notar que durante muito tempo as investigações desenvolvidas no âmbito dos fatores psicológicos se centravam exclusivamente no estudo da depressão e na natureza da doença, o que explica a escassez de estudos sobre a ansiedade e a dor psicológica em pessoas com DV.

No que se refere à influência da depressão na DV, a literatura mostra que existe uma grande associação entre a depressão e a DV (Dibajnia et al., 2013; Walker et al., 2006), sendo esta 2.11 vezes mais prevalente nas pessoas com DV em comparação com a população normovisual, estimando-se que a sua prevalência na população adulta com DV seja de aproximadamente 14% (Evans et al., 2007). Estudos mostram que a depressão interfere negativamente na vida das pessoas com DV (Bandello, Bordeaux, & Lafuma, 2007; Dibajnia et al., 2013; Walker et al., 2006), sendo mesmo considerada como o preditor mais poderoso de incapacidade funcional (Walker et al., 2006). Tal pode dever-se

---

<sup>1</sup> <http://asdoencasraras.blogspot.com/2012/12/doencas-hereditarias-doencas-adquiridas.html>

a vários fatores: ao aspeto funcional, pois as pessoas com DV têm mais dificuldade em realizar diversas tarefas do dia a dia (ler um livro/jornal, tirar notas, conduzir e andar na rua sozinha) (Crews & Campbell, 2004; Desai, Pratt, Lentzner, & Robinson, 2001; Renaud & Bédard, 2013; WHO, 2012); à diminuição de atividades de lazer, pois os estudos mostram que as pessoas com DV têm mais dificuldade em realizar atividades de lazer (Crews & Campbell, 2004; Dibajnia et al., 2013; Renaud & Bédard, 2013); e ainda ao aspeto das relações sociais, pois as pessoas com DV têm mais dificuldade em interagir com os outros, bem como, têm uma rede social pouco coesa (Crews & Campbell, 2004; Dibajnia, et al., 2013; Marques, 2011). Tais fatores contribuem para que a pessoa se sinta menos capaz, bem como para ter a mente menos ocupada, o que por sua vez a leva a ter pensamentos automáticos negativos e momentos de descrença (Crews & Campbell, 2004; Desai, Pratt, Lentzner, & Robinson, 2001; Renaud & Bédard, 2013; WHO, 2012). A presença de tais fatores, separadamente ou combinados, interfere negativamente aos seguintes níveis: bem-estar geral, pois as pessoas deprimidas com DV apresentam pior bem-estar geral (Dibajnia et al., 2013); qualidade de vida (QDV), pois a presença de depressão nas pessoas com DV é uma condição que contribui para uma menor QDV (Grilo, 2013; Rodrigues, 2004; e incidência da deficiência, pois os sintomas de depressão na DV são uma condição que provoca agravamento da DV, independentemente de fatores sócio-demográficos ou estado físico (Dibajnia et al., 2013). Considerando a alta taxa de prevalência de depressão nas pessoas com DV, e ainda os efeitos incapacitantes evidentes aos vários níveis anteriormente apresentados, é essencial realizarem-se intervenções com vista à prevenção e ao tratamento da depressão (Renaud & Bédard, 2013). Deste modo, são necessários mais esforços em ambientes clínicos a fim de se treinarem profissionais de saúde, com o intuito de estes identificarem pessoas deprimidas com DV (Renaud & Bédard, 2013). Tal permitirá a possibilidade de se disponibilizar tratamento especializado a estas pessoas ao nível da depressão (Renaud & Bédard, 2013). Os estudos mostram que a implementação de programas de reabilitação e o apoio psicológico são as formas mais eficientes de se fazer face aos sintomas de depressão na DV, pois através destes a pessoa consegue melhorar as suas habilidades e o seu nível de autonomia (Crews & Campbell, 2004; Silveira & Sequeira, 2002). Estes programas deverão ter como objetivo: o treino no método de resolução de problemas para ajudar a ultrapassar as barreiras no quotidiano; a eliminação de pensamentos automáticos negativos; e ainda o aumento do apoio e suporte

social (Williams, Brody, Thomas, Kaplan, & Brown, 1998). O tratamento desta problemática permite um melhor bem-estar a esta população e, conseqüentemente, maior otimismo para o futuro (Dibajnia et al., 2013).

Vários estudos têm encontrado associação da DV à ansiedade e à depressão (Lotery, Xu, Zlatava, & Loftus, 2007; Silveira & Sequeira, 2002; Su-Ying et al., 2003; Walker et al., 2006), sendo evidente que a presença destes indicadores de sofrimento emocional tem um impacto negativo na vida das pessoas com DV (Silveira & Sequeira, 2002; Walker et al., 2006) e interfere negativamente no bem-estar geral (Foggitt, 2001). Neste seguimento, os estudos mostram que a ansiedade e a depressão são mais prevalentes em pessoas com DV do que em normovisuais, evidenciando-se que 13.5% das pessoas com DV se encontram deprimidas, em comparação com 4.6% da população sem DV, bem como, que 9.3% das pessoas com DV apresentam ansiedade em comparação com 7.4% da população normovisual (Evans et al., 2007). Os estudos comprovam ainda que a ansiedade, a depressão, o *stress*, e em menor medida, o estado de saúde são influências importantes sobre a gravidade da própria incapacidade relacionada com a DV (Walker et al., 2006). Lotery e colegas (2007) mostram que as pessoas com DV apresentam mais sintomas de ansiedade do que sintomas de depressão. Contudo não existe consenso, pois Bernabei e seus colaboradores (2011) mostram que as pessoas com DV apresentam mais sintomas de depressão do que de ansiedade. É de notar que o diagnóstico precoce de ansiedade e de depressão na DV permite que se realizem intervenções adequadas (Bernabei et al., 2011; Capella-McDonnall, 2005). Neste sentido, Silveira e Sequeira, (2002), referem a importância de avaliar/diagnosticar a saúde mental dos indivíduos com DV, no sentido de identificar os indivíduos com sintomas de depressão e/ou de ansiedade. Só assim se poderá realizar uma intervenção ajustada às necessidades e promover o bem-estar desta população (Bernabei et al., 2011; Capella-McDonnall, 2005; Silveira & Sequeira, 2002).

No que toca à associação da dor psicológica à DV, não se conseguiram encontrar estudos, o que se pode dever ao conceito de dor psicológica ser emergente (Shneidman, 1999, citado por Flamenbaum & Holden, 2007).

Em relação à natureza da DV, a literatura comprova que existe uma relação entre esta variável e o sofrimento emocional (Dibajnia et al., 2013; Hooper, Jutai, Strong & Russell-Minda, 2008; Silveira & Sequeira, 2002; Williams et al., 1998). Os estudos mostram que as pessoas com DV adquirida apresentam maior sofrimento emocional do que as pessoas

com DV congénita, sendo este evidente ao nível da ansiedade e da depressão (Hooper et al., 2008; Williams et al., 1998). Tal pode dever-se à perda de visão que a pessoa vivencia, e ainda ao facto de a DV adquirida surgir como um acontecimento emocionalmente devastador (Hooper et al., 2008; Silveira & Sequeira, 2002). Quanto mais cedo esta surge (adquirida) ou agrava (congénita), mais facilidade há em as pessoas terem uma vida autónoma, e em lidarem bem com a DV (Hooper et al., 2008; Silveira & Sequeira, 2002), o que por sua vez permite que experienciem melhor bem-estar e tenham mais QDV (Bernabei et al., 2011; Grilo, 2013; Rodrigues, 2004). Os estudos também mostram que as pessoas com DV adquirida têm tendência a: desenvolver sentimentos de tristeza e de desesperança (Silveira & Sequeira, 2002); passar grande parte do tempo centradas na sua perda e no passado (Silveira & Sequeira, 2002); subestimar as suas capacidades e restringir atividades (Yoshimura, Yamada, Kajiwarra, Nishiguchi & Aoyama, 2013); atribuir o sucesso à sorte e o insucesso a fatores estáveis internos (Silveira & Sequeira, 2002); ter mais dificuldade em voltar a ser independentes e em realizar as AVD e atividades de lazer (Dibajnia et al., 2013; Silveira & Sequeira, 2002); ter ausência de resiliência e de adaptabilidade em relação ao surgimento da doença (Folke et al., 2010); e ter reações emocionais negativas mais frequentemente (culpa, raiva, impotência e tristeza) (Yoshimura et al., 2013). Todos estes fatores são responsáveis por índices mais elevados de ansiedade e de depressão (Silveira & Sequeira, 2002).

Existem também estudos que avaliam a associação do sofrimento emocional nesta população com variáveis sociodemográficas, tais como a idade, o sexo, o estado civil e o nível de escolaridade.

Relativamente à idade, a literatura mostra que a DV é uma realidade muito presente na população idosa, estando a depressão muito presente na vida desta população (Renaud & Bédard, 2013). Deste modo, é importante olhar especialmente para o impacto dos sintomas de depressão na população desta faixa etária (Renaud & Bédard, 2013). Um estudo transversal demonstrou que as pessoas com DV com 65 ou mais anos apresentam mais sintomas de depressão (Evans et al., 2007). Resultados semelhantes foram observados num estudo com população Chinesa (Tsai et al., 2003, citado por Bernabei et al., 2011). Dibajnia e colaboradores (2013) afirmam que a taxa de prevalência da depressão na população adulta com DV é de 25% a 45%, sendo que na população normovisual ronda os 20%.

## **SOFRIMENTO EMOCIONAL NA DEFICIÊNCIA VISUAL**

Já no que diz respeito a variável sexo, Evans e colegas (2007), mostraram que não se registaram diferenças significativas entre os grupos em relação aos sintomas de ansiedade e de depressão nas pessoas com DV. Porém, não existe consenso pois Su-Ying e colegas (2003) evidenciaram que a depressão na DV é mais frequente nas mulheres do que nos homens.

No que se refere ao estado civil, apenas se conseguiu encontrar um estudo que mostrou que tanto os homens como as mulheres casadas apresentam menos sintomas de ansiedade e de depressão do que as pessoas viúvas e solteiras (Leach, Butterworth, Olesen, & Mackinnon, 2013). Contudo, é necessário desenvolverem-se mais estudos epidemiológicos para se evidenciar melhor esta relação (Leach et al., 2013).

Relativamente ao nível de escolaridade, os estudos mostram que são as pessoas com menos escolaridade que apresentam mais sintomas de depressão (Capella-McDonnall 2005; Su-Ying et al., 2003).

Em Portugal ainda são escassos os estudos sobre o sofrimento emocional na DV. Neste sentido, surgiu a necessidade de se estudar a associação da DV com o sofrimento emocional na população adulta Portuguesa. Assim, o presente estudo teve como principal objetivo avaliar o sofrimento emocional (sintomas de ansiedade, de depressão e de dor psicológica) na DV, e como objetivos específicos: 1) caraterizar uma amostra de 208 pessoas pertencentes a população adulta Portuguesa com DV; 2) relacionar a natureza da DV e a perceção da interferência da DV com o sofrimento emocional, medido através de variáveis clínicas tais como a ansiedade, a depressão, a dor psicológica; 3) e relacionar variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade e área de residência) com o sofrimento emocional em pessoas com DV, medido através dos sintomas de ansiedade, de depressão e de dor psicológica.



### **Método**

#### **Participantes**

Participaram, neste estudo, através de uma amostra de conveniência, 230 pessoas adultas com DV, em que 208 são residentes portugueses e 22 de origem nos restantes países da CPLP. Contudo, devido a questões e opções metodológicas, apenas foram integrados neste estudo os indivíduos pertencentes à população adulta e residentes em Portugal. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 73 anos, sendo que a sua média de idades foi de 39.72 (DP = 13.66). Quanto às restantes variáveis sócio-demográficas, a distribuição da população da amostra caracterizou-se por apresentar predominância nos seguintes subgrupos: sexo, masculino (n = 109, 52.4%); estado civil, solteiro (n = 100, 48.1%); nível de escolaridade, licenciatura (n = 75, 36.1%); e área de residência, centro de Portugal (n = 90, 43.3%). Relativamente à natureza da DV, foi prevalente a DV adquirida (n = 127, 61.1%) (ver Quadro 1).

## SOFRIMENTO EMOCIONAL NA DEFICIÊNCIA VISUAL

### Quadro 1

#### *Caraterização Sociodemográfica da Amostra*

Variáveis	%	Valor Absoluto
Sexo		
Masculino	52.4	109
Feminino	47.6	99
Estado Civil		
Solteiro	48.1	100
Casado	31.3	65
União de facto	10.1	21
Divórcio	9.6	20
Viúvo	1.0	2
Nível de Escolaridade		
1º Ciclo	2.9	6
2º Ciclo	0.5	1
3º Ciclo	11.5	24
Secundário	31.7	66
Licenciatura	36.1	75
Mestrado	12.5	26
Doutoramento	4.8	10
Área de Residência		
Norte	30.3	63
Centro	43.3	90
Sul	24.0	50
Madeira	1.4	3
Açores	1.0	2
Natureza da DV		
Congénita	61.1	127
Adquirida	38.9	81

%; percetagem de participantes, DV: Deficiência visual

### Instrumentos

Quanto aos instrumentos aplicados, utilizou-se: um questionário sociodemográfico (ver Anexo C); a Escala da Dor Psicológica (EDP) (ver Anexo D) (Holden, Metha, Cunningham & McLeod, 2001; versão Portuguesa de investigação de Pereira, Santos & Pereira, 2014); a Escala de Ansiedade e de Depressão Hospitalar (EADH) (ver Anexo E)

(Zigmond & Snaith, 1983; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007); e o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9) (ver Anexo F) (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; versão Portuguesa de Torres, Pereira, Monteiro & Albuquerque, 2013).

Uma vez que estes instrumentos não foram validados para pessoas com DV, procedeu-se ao estudo da consistência interna no sentido de verificar a adequabilidade da utilização dos mesmos nesta população. Salienta-se assim que os itens de todos os instrumentos obtiveram coeficientes alfa de *Cronbach* adequados, tal como pode ser comprovado seguidamente.

### ***Questionário sociodemográfico.***

O questionário sociodemográfico teve em vista a recolha de dados sociodemográficos, tais como a idade, o sexo, o estado civil, o nível de escolaridade, a área de residência, a natureza da DV e a interferência da DV que a pessoa percecione na sua vida.

### ***Escala da dor psicológica.***

A EDP é um instrumento de autorresposta utilizado para avaliar o grau da dor psicológica (Pereira, 2013). Inclui 13 questões numa escala de *Likert* de 5 pontos, de acordo com os seguintes intervalos: 1 = Nunca; 2 = Algumas Vezes; 3 = Frequentemente; 4 = Quase sempre e 5 = Sempre (Pereira, 2013). Também pode ser preenchida através dos seguintes graus de concordância: 1 = “discordo totalmente”; 2 = “discordo”; 3 = “não sei”; 4 = “concordo”; 5 = “concordo totalmente” (Pereira, 2013). Contudo não apresenta intervalos pré-definidos na sua cotação (Pereira, 2013). Esta escala apresentou na presente investigação uma boa consistência interna, tendo sido obtido um alfa de *Cronbach* de .94.

A escala original que avalia a dor psicológica “Psychache Scale”, foi construída a partir de afirmações sobre dor psicológica, tendo sido aplicada a 505 estudantes universitários (Holden et al., 2001). Neste estudo foi observado um bom valor de consistência interna ( $\alpha=.92$ ), como aconteceu com a tradução feita para a população Portuguesa ( $\alpha=.95$ ) (Santos, citado por Pereira, 2013). A EDP tem excelentes propriedades psicométricas em estudantes universitários e reclusos, com coeficientes de confiabilidade alfa, geralmente superiores a 0.90 (DeLisle & Holden, 2009).

### *Escala de ansiedade e de depressão hospitalar.*

A EADH possui 14 itens distribuídos por duas subescalas: 7 para a avaliação da ansiedade (EADH-A); e 7 para a avaliação da depressão (EADH-D) (Pais-Ribeiro et al., 2007). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de 0 a 3, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada subescala (Pais-Ribeiro et al., 2007). Os itens presentes na EADH permitem avaliar a presença e a intensidade de sintomas de ansiedade e de depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007). Nesta escala não figuram itens como perda de peso, anorexia, insónia, fadiga, dores de cabeça ou tonturas, que poderiam também ser sintomas de doenças físicas (Pais-Ribeiro et al., 2007; Zigmond & Snaith, 1983). Deste modo, a EADH é possivelmente a única escala que não integra aspetos físicos na avaliação da ansiedade e da depressão, o que lhe confere grande utilidade na avaliação de sintomas de ansiedade e de depressão em pessoas com doenças físicas (Pais-Ribeiro et al., 2007; Zigmond & Snaith, 1983). A validação da versão em português da EADH foi realizada com doentes de uma enfermaria, e o resultado do estudo da validade da EADH garante que a versão Portuguesa é confiável, e pode ser aplicada como uma medida de rastreio da ansiedade e da depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007). Para identificar a consistência interna das duas subescalas (ansiedade e depressão) foi identificado o alfa *Cronbach*. O resultado para a ansiedade foi de 0.76 e para a depressão foi de 0.81 (Pais-Ribeiro et al., 2007). Ambas as subescalas também apresentaram uma boa consistência interna na presente investigação: EADH-A  $\alpha = .84$ ; e EADH-D  $\alpha = .78$ . Esta escala tem sido utilizada em diferentes populações médicas (cardiologia, oncologia, cirurgia, entre outros) (Zigmond & Snaith, 1983).

### *Questionário de saúde do paciente.*

O PHQ-9 é uma escala tipo *Likert*, breve, constituída por um subconjunto de 9 itens da versão completa do PHQ (Torres, et al., 2013). Este subconjunto de itens é baseado diretamente nos 9 critérios de diagnóstico da perturbação depressiva *major* do DSM-IV-TR (Torres et al., 2013). Este instrumento permite avaliar os sintomas de depressão e a gravidade dos mesmos (Torres et al., 2013). Assim, cotando de 0 (“nada”) a 3 (“quase todos os dias”) cada item, a pontuação pode variar de 0 a 27, sendo maior a severidade de sintomas quanto maior for a pontuação total obtida na escala (Torres et al., 2013). Os resultados para a gravidade são classificados de forma que: de 0 a 5 se considera ausência

de sintomas; de 6 a 9, sintomatologia leve; de 10 a 14, sintomatologia moderada; de 15 a 19, sintomatologia moderada a severa e maiores que 20, sintomatologia severa (Kroenke et al., 2001). A validação Portuguesa deste instrumento revelou boas características psicométricas, nomeadamente um alfa de *Cronbach* de .86 (Torres et al., 2013), sendo também o mesmo evidente na presente investigação,  $\alpha = .84$ . Estes resultados vão de encontro com o estudo original onde se observou um alfa de *Cronbach* de .89 (Kroenke et al., 2001). Este instrumento tem sido defendido como um questionário com bastante mérito e altamente aceitável nos serviços de cuidados primários (Torres et al., 2013).

### Procedimentos

Começou por se entrar em contacto com os autores que traduziram e validaram ou que se encontram a validar as escalas para a população adulta Portuguesa (ver Anexo A), tendo-se assim garantido a sua devida utilização. Posteriormente, foi enviada uma ligação de internet dos questionários *online*, através de correio eletrónico, para todos os estabelecimentos de ensino superior de Portugal, bem como para centros de reabilitação e associações que atuam em Portugal e na CPLP na área da DV. As escalas acima descritas foram preenchidas a partir de uma plataforma *online* do Google, que esteve disponível entre 22 de março de 2014 e 25 de agosto do mesmo ano. Na plataforma constava também um consentimento informado, através do qual os participantes tomaram conhecimento dos objetivos do estudo e de que estava garantida a confidencialidade, onde se assegurou que os dados só serão utilizados apenas para fins estatísticos (ver Anexo B). O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o *Statistical Package for Social Sciences* (versão 20.0) para o *Windows*. Os dados foram sujeitos a análises estatísticas descritivas, correlacionais e inferenciais (ANOVA, teste qui-quadrado e teste t para amostras independentes). Foi ainda encontrado o ponto de corte para o item referente a interferência da DV na vida da pessoa por ela percecionada, onde se considerou como nível de baixa ou moderada interferência os valores 1 = Interfere nada, 2 = Interfere pouco, e 3 = Interfere moderadamente, e como nível de interferência elevada os valores 4 = muita interferência e 5 = total interferência. Tal possibilitou a comparação quanto ao sofrimento emocional entre os dois níveis de interferência assim agrupados (subgrupo com baixa ou moderada interferência e subgrupo com elevada interferência). Todas estas análises possibilitaram a formulação das conclusões do estudo.

## **Resultados**

A fim de se estudar o sofrimento emocional da amostra com DV, utilizou-se estatísticas descritivas (médias, desvios-padrão e máximos e mínimos) das escalas utilizadas para avaliação desse sofrimento (EDP, EADH e PHQ-9). Pôde-se observar que os participantes apresentaram mais sintomas de ansiedade do que de depressão (ver quadro 2).

### Quadro 2

#### *Sofrimento emocional dos participantes*

Escalas de Sofrimento Emocional	n	M	DP	Min	Max
EDP	208	22.71	9.02	13	65
EADH - Ansiedade	207	7.01	4.33	0	21
EADH - Depressão	208	4.48	3.79	0	19
PHQ-9	208	15.15	4.7	9	30

\* n= Número de participantes, M= Média, DP: Desvio-padrão, Min: Mínimo, Max: Máximo

Com o intuito de se avaliar a existência de uma relação entre o tipo da natureza da DV (congénita vs adquirida) com o sofrimento emocional medido através das três escalas, utilizou-se o teste t de *Student* para amostras independentes. Os resultados encontrados mostraram que existe uma relação entre a natureza da DV e a dor psicológica:  $t(206) = 2.38, p = .018$ , pois constatou-se que os participantes com DV adquirida ( $M = 24.56, DP = 10.82$ ) apresentaram mais dor psicológica do que os participantes com DV congénita ( $M = 21.54, DP = 7.46$ ). Contudo, o mesmo não se verificou em relação à depressão e à ansiedade: PHQ-9  $t(206) = 1.38, p = .168$ ; EADH – ansiedade  $t(205) = -.32, p = .749$ ; e EADH - depressão  $t(206) = -.81, p = .420$  (ver Quadro 3). Aplicou-se ainda o teste do qui-quadrado para se avaliar a relação entre a natureza da DV (congénita vs adquirida) e a interferência da DV na vida da pessoa por ela percebida, através do qual se constatou que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos:  $\chi^2(4, N = 208) = 5.26, p = .262$ .

## SOFRIMENTO EMOCIONAL NA DEFICIÊNCIA VISUAL

### Quadro 3

*Relação entre a natureza da DV e o sofrimento emocional*

Deficiência Visual	n	M	DP	t	p
Total EDP					
Congénita	127	21.53	7.46	2.38	.018*
Adquirida	81	24.56	10.82		
Total PHQ-9					
Congénita	127	14.80	4.29	1.38	.168
Adquirida	81	15.72	5.25		
EADH - Ansiedade					
Congénita	126	7.09	4.22	-.32	.749
Adquirida	81	6.89	4.58		
EADH - Depressão					
Congénita	127	4.65	3.86	-.81	.420
Adquirida	81	4.21	3.68		

\*  $p \leq .05$ , n= Número de participantes, M= Média, DP: Desvio-padrão, t= teste t de *Student*

Com o intuito de se explorar a existência de uma relação entre a interferência da DV na vida da pessoa por ela percebida (baixa ou moderada vs elevada) no sofrimento emocional, começou por se definir dois grupos: grupo um - participantes que relataram uma baixa ou moderada interferência da DV na vida; e grupo 2 - participantes que relataram interferência elevada da DV na vida. Deste modo, procedeu-se à aplicação de testes t de *Student* para amostras independentes. Apurou-se assim a existência de uma relação significativa na EDP,  $t(206) = -8.59$ ,  $p < .001$  e no PHQ-9,  $t(206) = -4.28$ ,  $p < .001$ . Em termos globais, os indivíduos que perceberam uma maior interferência da DV na vida, apresentaram mais dor psicológica ( $M = 30.32$ ,  $DP = 12.07$ ) do que os que perceberam a DV como menos interferente ( $M = 19.91$ ,  $DP = 5.38$ ). Relativamente ao PHQ-9, observou-se a mesma tendência, pois indivíduos que relataram uma maior interferência da DV na vida, apresentaram mais sintomas de depressão ( $M = 17.36$ ,  $DP = 5.03$ ) do que os que perceberam que a DV interfere pouco na vida ( $M = 14.34$ ,  $DP = 4.31$ ) (ver Quadro 4).

**Quadro 4**
*Relação entre a percepção da interferência da DV e o sofrimento*

Interferência	n	M	DP	T	p
Total EDP					
Baixa/Moderada	152	19.91	5.38	-8.59	.001*
Elevada	56	30.32	12.07		
Total PHQ-9					
Baixa/Moderada	152	14.34	4.31	-4.28	.001*
Elevada	56	17.36	5.03		
EADH - Ansiedade					
Baixa/Moderada	151	6.88	4.36	-.70	.483
Elevada	56	7.36	4.28		
EADH - Depressão					
Baixa/Moderada	152	4.36	3.77	-.72	.476
Elevada	56	4.79	3.86		

\*  $p \leq .05$ , n= Número de participantes, M= Média, DP: Desvio-padrão, t= teste t de *Student*

Quanto ao estudo das variáveis sociodemográficas, para se avaliar a correlação da idade com o sofrimento emocional medido através das três escalas, foram realizadas análises de correlação de Pearson. Deste modo, constatou-se que a idade não se correlacionou significativamente com nenhuma escala: EDP ( $r = .09$ ,  $p = .175$ ); EADH - ansiedade ( $r = .04$ ,  $p = .604$ ); EADH - depressão ( $r = .09$ ,  $p = .203$ ); e PHQ-9 ( $r = -.01$ ,  $p = .935$ ). Aplicou-se ainda o teste do qui-quadrado para se avaliar a relação da idade com a interferência da DV na vida da pessoa por ela percebida, tendo-se assim constatado que não existe nenhuma relação entre ambas as variáveis  $\chi^2 (1, N = 208) = 213.02$ ,  $p = .251$ .

A fim de se encontrar a relação entre os subgrupos da variável sexo (masculino vs feminino) com o sofrimento emocional na DV, utilizou-se o teste t de *Student* para amostras independentes. Constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos os subgrupos ao nível do sofrimento emocional medido através das escalas: EDP,  $t (206) = .47$ ,  $p = .639$ ; EADH - ansiedade,  $t (205) = -.74$ ,  $p = .462$ ; EADH - depressão,  $t (206) = -.66$ ,  $p = .508$ ; PHQ-9,  $t (206) = 1.27$ ,  $p = .207$ . Relativamente à análise da relação entre os subgrupos da variável sexo (masculino vs



feminino) com a interferência da DV na vida da pessoa por ela percebida, esta foi de igual modo insignificante,  $\chi^2 (4, N = 208) = 2.02, p = .733$ , pois também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os subgrupos.

Já relativamente à relação entre os subgrupos do nível de escolaridade (1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, secundário, licenciatura, mestrado e doutoramento) com o sofrimento emocional, aplicou-se uma análise fatorial (ANOVA *One-way between subjects*), sendo que não se encontrou nenhum efeito significativo entre os diferentes subgrupos ao nível do sofrimento emocional medido através das escalas: EDP  $F (6.21) = 2.04, p = .063$ ; EADH - ansiedade  $F (6.21) = .33, p = .920$ ; EADH - depressão  $F (6.21) = .92, p = .479$ ; e PHQ-9  $F (6.21) = 1.91, p = .080$ . Aplicou-se também o teste do qui-quadrado para avaliar a relação entre os subgrupos do nível de escolaridade (1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, secundário, licenciatura, mestrado e doutoramento) com a interferência da DV na vida da pessoa por ela percebida, através do qual se concluiu que não existe uma relação estatisticamente significativa entre os diferentes subgrupos:  $\chi^2(24, N = 208) = 16.36, p = .875$ .

A fim de se encontrar a existência de uma relação entre os subgrupos do estado civil (solteiro, casado, união de facto, divorciado e viúvo) com o sofrimento emocional, procedeu-se à análise fatorial (ANOVA *One-way between subjects*). Mostrou-se que não existe nenhum efeito significativo entre os diferentes subgrupos e o sofrimento emocional medido através das escalas: EDP  $F (4.21) = .22, p = .926$ ; EADH - ansiedade  $F (4.21) = 1.18, p = .319$ ; EADH - depressão  $F (4.21) = .58, p = .994$ ; e PHQ-9  $F (4.21) = 1.18, p = .322$ . Porém, verificou-se uma relação significativa entre o estado civil ao nível da interferência dos sintomas de depressão na vida dos indivíduos, medido com recurso ao item do PHQ-9B,  $\chi^2 (1, N = 178) = 4.08, p = .043$ , pois o subgrupo das pessoas solteiras referiu que os sintomas de depressão interferem mais na vida. Utilizou-se também o teste qui-quadrado para se avaliar a relação entre os subgrupos do estado civil (solteiro, casado, união de facto, divorciado e viúvo) com a interferência da DV percebida pela pessoa na sua vida. Constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes subgrupos  $\chi^2(16, N = 208) = 11.33, p = .789$ .

### Discussão

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que a amostra se caracterizou por estar igualmente representada em ambos os subgrupos da variável sexo (masculino vs feminino), o que não se revela muito comum, pois em vários estudos envolvendo indivíduos com DV (Cimarolli & Wang, 2006; Good, LaGrow & Alpass, 2008; LaGrow, Alpass, Stephens & Towers, 2011; Langelaan et al., 2007), o sexo feminino é o mais representado. As idades dos participantes compreenderam-se entre os 18 e os 73 anos, com uma média de 39.72 (DP = 13.66), o que se assemelhou às amostras recolhidas em outros estudos com adultos com DV (Boerner & Cimarolli, 2005; Cimarolli & Wang, 2006). Tendo em conta o estado civil, os resultados mostraram que o estado solteiro foi a condição que reuniu o maior número de participantes, o que vai de encontro ao estudo de Grilo (2013). No que diz respeito ao nível de escolaridade, pôde observar-se que a amostra em estudo foi composta maioritariamente por indivíduos com formação superior, contudo este aspeto não se mostra muito concordante com a literatura consultada (Grilo, 2013). Relativamente à área de residência a que a pessoa pertence, os resultados obtidos vão de encontro aos dados do censo 2011, pois em ambas as situações é evidente que grande parte das pessoas com DV residem na zona centro do país, seguida da zona norte, bem como que os arquipélagos dos Açores e da Madeira são as áreas com menos pessoas com DV. Deste modo, pode-se afirmar que a amostra integrada no estudo parece ser representativa da população adulta Portuguesa.

Quanto ao sofrimento emocional, verificou-se que os participantes apresentaram mais sintomas de ansiedade do que de depressão, o que vai de encontro ao estudo de Lottery e colegas (2007).

No que concerne à natureza da DV, os resultados encontrados mostram que as pessoas com DV adquirida apresentaram mais dor psicológica do que as pessoas com DV congénita, pois as primeiras pontuaram com maior significância na EDP, tendo estes resultados ido de encontro ao esperado. Contudo, na literatura consultada, não se encontraram estudos centrados na avaliação da dor psicológica em pessoas com DV, o que se pode dever à emergência do conceito de dor psicológica (Shneidman, 1999, citado por Flamenbaum & Holden, 2007). Este aspeto impossibilitou uma maior discussão de tais resultados. Ainda assim, aprecia-se que o facto de as pessoas com DV adquirida terem

mais dor psicológica se pode dever às seguintes razões: enfrentarem a doença como um acontecimento emocionalmente devastador, traumático e stressante (Bambara et al., 2009; Hooper et al., 2008; Silveira & Sequeira, 2002); criarem sentimentos de tristeza e de desespero ao sentirem que não voltam a ver (Silveira & Sequeira, 2002); passarem por um processo de luto, no qual experienciam sentimentos de raiva, de desespero, de negação e de tristeza (Silveira & Sequeira, 2002); ficarem centradas na sua perda durante grande parte do tempo (Hooper et al., 2008); tenderem a subestimar as suas capacidades, o que resulta muitas vezes na restrição de atividades (Yoshimura et al., 2013); terem ausência de resiliência e de adaptabilidade em relação ao surgimento da doença (Folke et al., 2010); atribuírem o sucesso à sorte e o insucesso a fatores estáveis internos (Silveira & Sequeira, 2002); e terem mais dificuldade em voltar a ser independentes e em realizar as AVD e atividades de lazer (Dibajnia et al., 2013; Silveira & Sequeira, 2002). Dado que se entende por dor psicológica uma dor sentida introspectivamente, esta é caracterizada por ser uma dor aguda intensa, associada sempre a um sentimento de culpa, de desamparo, de vergonha, de humilhação, de angústia, de desespero, de solidão, de pânico, e dado que esta é um construto com um elevado valor cognitivo, o que faz com que a mente esteja preocupada com questões sem resposta, esperanças e medos não expressos (Flamenbaum, 2009), sugere-se que as pessoas com DV adquirida fiquem mais vulneráveis a sentir dor psicológica. Existe uma grande associação entre a natureza da DV e o sofrimento emocional (Dibajnia et al., 2013). Diversos autores defendem que as pessoas com DV adquirida têm mais sofrimento emocional do que as pessoas com DV congénita (Dibajnia et al., 2013; Hooper et al., 2008; Silveira & Sequeira, 2002; Wilians et al., 1998). Os estudos mostram também que as pessoas com DV congénita conseguem olhar para a vida de uma forma mais positiva, bem como de terem uma vida mais estável (Bernabei et al., 2011; Grilo, 2013). O facto de as pessoas com DV congénita viverem desde sempre com a doença sugere um sofrimento emocional mais atenuado pois as dificuldades experienciadas devidas à sua DV são acompanhadas por uma adaptação gradual e natural a essa mesma realidade (Williams et al., 1998). Esta realidade explica os valores menos elevados que os participantes com DV congénita apresentaram na EDP. Os resultados encontrados mostram também que não existe nenhuma relação entre os subgrupos da natureza da DV (congénita vs adquirida) e a perceção que a pessoa tem sobre a interferência da DV na sua vida. Tal pode-se dever ao facto de em ambas as condições da doença (congénita vs adquirida) as

peessoas terem desenvolvido competências, tais como a resiliência e a adaptabilidade (Good, et al., 2008; Silveira & Sequeira, 2002).

No que toca à percepção da interferência da DV na vida das pessoas, os resultados mostraram que as pessoas que perceberam que a DV interfere muito na sua vida, apresentaram mais sintomas de depressão do que as que perceberam que a DV interfere pouco. Tal aspeto vai de encontro com um estudo de Boerner e Cimarolli (2005) que evidenciou que os indivíduos que relataram uma maior interferência da DV na vida mostraram uma maior tendência para terem mais sintomas de depressão. Como hipóteses explicativas que fundamentem os resultados obtidos, consideram-se as seguintes: terem mais dificuldade em realizar diversas tarefas do dia a dia (ler um livro/jornal, tirar notas, conduzir e andar na rua sozinha) (Crews & Campbell, 2004; Desai, Pratt, Lentzner, & Robinson, 2001; Renaud & Bédard, 2013; WHO, 2012); não conseguirem ter uma rede de suporte social coesa (Crews & Campbell, 2004; Dibajnia, et al., 2013; Marques, 2011); terem mais dificuldade em realizar atividades de lazer (Crews & Campbell, 2004; Dibajnia et al., 2013; Renaud & Bédard, 2013); e ainda terem mais dificuldade em interagir com os outros (Crews & Campbell, 2004; Dibajnia et al., 2013; Marques, 2011). O presente estudo também mostrou que as pessoas que consideraram que a DV interfere mais na sua vida apresentaram mais dor psicológica do que a restante amostra. Contudo, e dado que não foram encontrados estudos referentes à dor psicológica na DV, não é possível fundamentar tais resultados. Ainda assim, apresentam-se como hipóteses explicativas as seguintes: vivenciarem com regularidade sentimentos de revolta e de negação por causa de não se conseguirem aceitar como são (falta de autoaceitação) (Hooper et al., 2008; Silveira & Sequeira, 2002); terem muita dificuldade em realizar atividades de lazer (Dibajnia et al., 2013; Silveira & Sequeira, 2002); e não conseguirem ter um bom suporte social e familiar (Grilo, 2013; Yoshimura et al., 2013). De notar que os resultados obtidos foram de encontro aos resultados esperados.

Em relação aos resultados obtidos ao nível das variáveis sociodemográficas, no que se refere à idade, evidenciou-se não existir correlação entre esta variável e o sofrimento emocional. Este resultado não vai de encontro aos resultados previamente esperados. Apontam-se assim como hipóteses explicativas para os resultados obtidos a presença de resiliência e de aceitação transversal da DV em todas as faixas etárias (autoaceitação) encontradas no estudo de Folke e colaboradores (2010), bem como, a existência de uma

boa rede social e familiar em todas as faixas etárias encontrada em diferentes estudos (Good, et al., 2008; Silveira & Sequeira, 2002). Os estudos mostram que são as pessoas idosas com DV que mais apresentam sintomas de depressão (Evans et al., 2007; Renaud & Bédard, 2013; Tsai et al., 2003, citado por Bernabei et al., 2011), o que não foi encontrado no presente estudo. Este estudo mostrou também que não existe nenhuma associação entre a idade e a percepção que a pessoa tem da interferência da DV na vida.

Quanto à relação entre os subgrupos da variável sexo (masculino vs feminino) com o sofrimento emocional, os resultados mostraram que não existe nenhuma associação entre ambas as variáveis. Parte da literatura mostra que não existem diferenças nos níveis de sofrimento emocional entre homens e mulheres (Evans et al. 2007). Tal pode-se dever ao facto de em ambos os subgrupos as pessoas terem desenvolvido competências, tais como a resiliência e a adaptabilidade (Folke et al., 2010). Porém, não existe consenso, pois outros autores defendem que as mulheres apresentam níveis mais elevados de sofrimento emocional do que os homens (Su-Ying et al., 2003). Também relativamente à relação entre os subgrupos da variável sexo com a interferência da DV na vida da pessoa por ela percebida, os resultados mostraram não haver diferença entre homens e mulheres. Tal pode dever-se ao facto de em ambos os subgrupos as pessoas terem desenvolvido competências, tais como a resiliência e a adaptabilidade (Folke et al., 2010). Todavia, os estudos também mostram que é no sexo masculino que a DV causa menos interferência (Grilo, 2013).

Relativamente à relação entre os subgrupos do nível de escolaridade (1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, secundário, licenciatura, mestrado e doutoramento) com o sofrimento emocional, não se constatou nenhuma associação entre ambas as variáveis, sendo que os resultados encontrados não foram de encontro com o esperado. Como hipóteses explicativas que fundamentem os resultados encontrados, apontam-se: grande parte dos indivíduos da amostra ter um curso superior, condição esta que possibilita sentirem valorização social pelo grau académico que possuem (Grilo, 2013); grande parte da amostra poder estar a realizar atividades de lazer; e ainda por poder estar a ter um bom suporte social e familiar (Grilo, 2013). A literatura mostra que são as pessoas com menos escolaridade que apresentam mais sintomas de depressão (Capella-McDonnall 2005; Su-Ying et al., 2003). Os resultados encontrados mostraram que também não existe nenhuma relação entre os subgrupos relativamente ao nível de escolaridade (1º ciclo, 2ºciclo, 3ºciclo,

secundário, licenciatura, mestrado e doutoramento) com a interferência da DV na vida das pessoas por elas percebida. Grilo (2013) mostra que as pessoas com maior escolaridade percebem uma menor interferência da DV na sua vida.

No que toca ao estado civil, o presente estudo mostrou que os indivíduos solteiros pontuaram de forma mais significativa no item do PHQ-9B, o que mostrou que estes apresentam uma maior interferência dos sintomas de depressão na vida do que a restante amostra. Tal vai de encontro com o defendido por Leach e colegas (2013) que mostraram que as pessoas viúvas e solteiras apresentam mais sintomas de depressão do que as pessoas casadas. Como hipótese explicativa para os resultados obtidos, apresentam-se o facto de estas pessoas não terem um(a) parceiro(a) com o/a qual possam ter uma relação de cumplicidade (Marques, 2011). É ainda de referir que os resultados obtidos foram de encontro ao esperado.

Através da discussão dos resultados acima apresentados, conseguiu-se verificar uma associação da DV com os sintomas de ansiedade na população adulta Portuguesa, tendo-se mostrado também que: foram os indivíduos com DV adquirida que apresentaram mais dor psicológica; que foram as pessoas que percebem que a DV interfere muito na sua vida que apresentaram mais dor psicológica e que foram os solteiros que apresentaram uma maior interferência dos sintomas de depressão na vida. Estes resultados apontam para a necessidade de se realizarem campanhas de prevenção ao nível do sofrimento emocional, bem como, para a necessidade de se reforçarem medidas de reabilitação e de apoio psicológico junto das pessoas com DV, dirigidos de modo especial aos grupos de pessoas com DV adquirida, às que percebem que a DV interfere muito na sua vida e às solteiras. No que toca à reabilitação, esta deve promover a independência e a autonomia da pessoa com DV (deslocar-se sozinha na rua, aprender a ir sozinha às compras, e efetuar sozinha operações bancárias), e ainda a realização de AVD (tarefas domésticas e higiene pessoal), porque verificou-se que a maior interferência da DV na vida está associada a mais sintomas depressivos. Os estudos mostram que a implementação de programas de reabilitação e o apoio psicológico são as formas mais eficientes de se fazer face ao sofrimento emocional, pois através destes a pessoa consegue melhorar as suas habilidades e o seu nível de autonomia (Crews & Campbell, 2004; Silveira & Sequeira, 2002), sendo assim possível que tenham um melhor bem-estar e, consequentemente, maior otimismo no futuro (Dibajnia et al., 2013). Relativamente ao apoio psicológico, este deve ser centrado

nos seguintes aspetos: aceitação da doença (autoaceitação); eliminação de sintomas de depressão e de ansiedade, bem como de dor psicológica (reestruturação cognitiva, treino autoinstrucional, respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo) (Jacobson, 1938, citado por Ito, Roso, Tiwari, Kendall, & Asbahr, 2008; Knapp, 2004); melhoria da autonomia com o método de resolução de problemas (D’Zurilla & Nezu, 2010); e aumento da rede social de apoio e da participação em atividades culturais e de lazer, através do treino de competências sociais e de assertividade (Rowa & Antony, 2005).

Como limitações do estudo, apresentam-se as seguintes: a pouca literatura disponível sobre a associação da DV com o sofrimento emocional, tendo-se assim recorrido à dedução de hipóteses explicativas e a estudos relacionados com o tema em estudo; o método de aplicação do questionário (on-line), o que não permitiu o controlo do ambiente onde o questionário foi preenchido; o não se ter distribuído os participantes por tipos de patologias oftalmológicas e por condição de deficiência (cegueira ou baixa visão), de forma a se diferenciarem os sintomas de sofrimento emocional nas diferentes condições, o que se prendeu com o aspeto de inicialmente não se estar à espera de um número tão elevado de participantes; o não se ter avaliado o tipo de ocupação da pessoa (empregada, desempregada, reformada); e a inexistência de estudos centrados na DV com os instrumentos utilizados, o que dificultou a comparação dos resultados obtidos com a literatura existente.

Em futuras investigações será pertinente continuar-se a estudar a associação da DV com diversas variáveis, tais como a ansiedade, a dor psicológica, o nível de escolaridade, o estado civil, a ocupação profissional e a QDV, pois os estudos desenvolvidos neste sentido são escassos. Do mesmo modo, será relevante realizarem-se estudos onde se avalie a associação do sofrimento emocional com a perceção da interferência da DV na vida das pessoas. Sugere-se também que se estude a associação do sofrimento emocional com as diversas patologias oftalmológicas de forma diferenciada através de estudos comparativos, sendo assim possível averiguar se o sofrimento emocional é mais prevalente em alguma patologia oftalmológica específica, o que por sua vez poderá possibilitar a criação de um plano de intervenção psicológica direccionado em especial para tal população. Do mesmo modo, propõe-se que se realizem estudos comparativos entre pessoas com DV reabilitadas e pessoas com DV não reabilitadas, através dos quais se compreenderá quais os benefícios da reabilitação ao nível do sofrimento emocional e da interferência da DV na vida que a

## **SOFRIMENTO EMOCIONAL NA DEFICIÊNCIA VISUAL**

pessoa perceciona. Será de igual modo pertinente realizarem-se estudos comparativos entre pessoas com baixa visão e pessoas cegas, a fim de se perceber se existem diferenças entre ambos os grupos ao nível do sofrimento emocional e da interferência da DV na vida que a pessoa perceciona.

Tendo em conta a literatura consultada, faz-se notar que este estudo se poderá revelar um grande contributo para a investigação, para o contexto clínico e para o contexto social. Do conhecimento de que dispomos, este estudo é inovador na associação da DV com a dor psicológica, bem como fortalece o estudo centrado na associação da DV com o sofrimento emocional medido através dos sintomas de ansiedade e de depressão. No contexto clínico, este estudo apresenta diversos contributos: urgência de se reforçarem as intervenções centradas na prevenção do sofrimento emocional nas pessoas com DV; necessidade de se disponibilizarem mais programas de reabilitação e mais medidas de apoio psicológico, dirigidas de modo especial às pessoas com DV adquirida e às pessoas que percecionam uma maior interferência da DV na vida e às pessoas solteiras, sendo assim possível que estas consigam melhorar as suas habilidades e o seu nível de autonomia, pois tal como os resultados deste estudo mostram, é nestes 3 grupos que coexiste mais sofrimento emocional; urgência de os profissionais de saúde, educadores e docentes terem formação especializada, o que por sua vez permitirá a possibilidade de se disponibilizar tratamento especializado a estas pessoas ao nível do sofrimento emocional; importância de se desenvolverem estudos que avaliem a associação da interferência da DV na vida da pessoa por ela percecionada com variáveis clínicas (ansiedade, depressão e dor psicológica) e com variáveis sociodemográficas (idade, sexo, nível de escolaridade e estado civil); e necessidade de se encaminhar prioritariamente para tratamento as pessoas que percecionam que a DV interfere negativamente na sua vida, pois estas apresentam um sofrimento emocional mais elevado. Ao nível social, aprecia-se que é necessário aumentarem-se os apoios do estado na aquisição de materiais de auxílio (lupas, telescópios, máquinas de calcular e bengalas), na aquisição de equipamentos eletrónicos (equipamentos informáticos, softwares de ampliação, de sintetização de voz e de conversão de texto), bem como, é necessário uma maior realização de atividades culturais e de lazer de carácter inclusivo (cinema e teatro com áudio-descrição), com vista à diminuição da interferência da DV na vida das pessoas e, consequentemente, à diminuição do sofrimento emocional. Deste modo, preconiza-se que se deve intervir precocemente no sofrimento emocional,



## **SOFRIMENTO EMOCIONAL NA DEFICIÊNCIA VISUAL**

pois tal como anteriormente apresentado, o diagnóstico precoce de ansiedade e de depressão na DV permite que se desenvolvam intervenções adequadas (Bernabei et al., 2011; Capella-McDonnall, 2005), devendo-se assim avaliar e diagnosticar a saúde mental dos indivíduos com DV, no sentido de se identificar as pessoas com sintomas de ansiedade e/ou de depressão (Silveira & Sequeira, 2002). Propõe-se que se esteja mais atento à presença de sofrimento emocional na DV, nomeadamente, através da prevenção, da disponibilização gratuita de reabilitação e de apoio psicológico, e ainda através de uma melhor prestação de serviços de saúde. Só assim se poderá realizar uma intervenção ajustada às necessidades da pessoa com DV (Bernabei et al., 2011; Capella-McDonnall, 2005; Silveira & Sequeira, 2002). Deste modo, será possível que a pessoa consiga ser mais resiliente e autónoma, o que por sua vez melhorará o bem-estar geral (Dibajnia et al., 2013), a QDV (Grilo, 2013; Rodrigues, 2004) e a diminuição da insidência da DV (Dibajnia et al., 2013).

Referências Bibliográficas

- Bambara, J., Wadley, V., Owsley, C., Martin, R. C., Porter, C., & Dreer, L. E. (2009). Family functioning and low vision: A systematic review. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 103(3), 137–149. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2798155/>
- Bandello, F., Lafuma, A., & Berdeaux, G. (2007). Public health impact of neovascular age-related macular degeneration treatments extrapolated from visual acuity. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 48(1), 96–103. doi:10.1167/iovs.06-0283
- Bernabei, V., Morini, V., Moretti, F., Marchiori, A., Ferrari, B., Dalmonte, E., ... Rita Atti, A. (2011). Vision and hearing impairments are associated with depressive-anxiety syndrome in Italian elderly. *Aging & Mental Health*, 15(4), 467–474. doi:10.1080/13607863.2011.562483
- Boerner, K., & Cimarolli, V. R. (2005). Optimizing rehabilitation for adults with visual impairment: Attention to life goals and their links to well-being. *Clinical Rehabilitation*, 19(7), 790–798. doi:10.1191/0269215505cr893oa
- Capella-McDonnall, M. E. (2005). The effects of single and dual sensory loss on symptoms of depression in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(9), 855–861. doi:10.1002/gps.1368
- Cimarolli, V. R., & Wang, S. W. (2006). Differences in social support among employed and unemployed adults who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100(9), 545–556. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=22828808&site=ehost-live>
- Crews, J. E., & Campbell, V. A. (2004). Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: Implications for health and functioning. *American Journal of Public Health*, 94(5), 823–829. doi:10.2105/AJPH.94.5.823
- DeLisle, M. M., & Holden, R. R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 42(1), 46–63. doi:10.1177/0748175609333562

- Desai, M., Pratt, L. A., Lentzner, H., & Robinson, K. N. (2001). Trends in vision and hearing among older Americans. *Aging Trends*, (2), 1–8. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11894223>
- Dibajnia, P., Moghadasin, M., Madahi, M. E., & Keikhayfarzaneh, M. M. (2013). Depression among low vision patients. *HealthMED*, 7(3), 832–836. Disponível em [http://www.healthmed.ba/pdf/healthmed\\_7\\_3\\_web.pdf](http://www.healthmed.ba/pdf/healthmed_7_3_web.pdf)
- Duranteau, A. (1981). *Dicionário elementar de medicina*. Mem Martins: Europa-América.
- Evans, J. R., Fletcher, A. E., & Wormald, R. P. L. (2007). Depression and anxiety in visually impaired older people. *Ophthalmology*, 114(2), 283–288. doi:10.1016/j.ophtha.2006.10.006
- Falvo, D. R. (2013). Conditions related to the eye and blindness. In D. R. Falvo (Ed.), *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability* (pp. 253–270). Disponível em <http://books.google.com/books?id=SdM6FsykfWAC&pgis=1>
- Flamenbaum, R. (2009). *Testing Shneidman's theory of suicide: Pshychache as a prospective predictor of suicidality and comparison with hopelessness* (Tese de Doutoramento, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada). Disponível em <http://qspace.library.queensu.ca/handle/1974/5338>
- Flamenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 51-61. doi: 10.1037/0022-0167.54.1.51
- Foggitt, P. S. (2001). Anxiety in cataract surgery: Pilot study. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 27(10), 1651–1655. doi:10.1016/S0886-3350(01)00859-8
- Folke, C., Carpenter, S., Walker, B., Scheffer, M., Chapin, T., & Rockstrom, J. (2010). Resilience thinking: Integrating resilience, adaptability and transformability. *Ecology and Society*, 15(4), 1–9. Disponível em <http://www.ecologyandsociety.org/vol15/iss4/art20/>
- Good, G., LaGrow, S., & Alpass, F. (2008). An age-cohort study of older adults with and without visual impairments: Activity, independence, and life satisfaction. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 102(9), 517–527. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=34630877&sit e=ehost-live>

- Grilo, I. M. S. (2013). *Quando os olhos não vêem...: Qualidade de vida familiar, satisfação com a vida e apoio social percebido na deficiência visual* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Portugal). Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/24214>
- Holden, R. R., Metha, K. N., Cunningham, J. & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 33(4), 224-232.
- Hooper, P., Jutai, J. W., Strong, G., & Russell-Minda, E. (2008). Age-related macular degeneration and low-vision rehabilitation: A systematic review. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 43(2), 180–187. doi:10.3129/i08-001
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). Dificuldades (N.º) da população residente com 15 e mais anos de idade com dificuldades por local de residência (à data dos Censos 2011), sexo, grupo etário, condição perante o trabalho, tipo de dificuldade e grau de dificuldade; decenal. Disponível em <http://www.ine.pt>
- Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall, P. C., & Asbahr, F. R. (2008). Cognitive-behavioral therapy in social phobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30[Suplemento 2], S96–S101. doi:10.1590/S1516-44462008000600007
- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Disponível em <http://books.google.com/books?id=UWRyYGRaCRwC&pgis=1>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- La Grow, S., Alpass, F., Stephens, C., & Towers, A. (2011). Factors affecting perceived quality of life of older persons with self-reported visual disability. *Quality of Life Research*, 20(3), 407–413. doi:10.1007/s11136-010-9758-6
- Langelaan, M., de Boer, M. R., van Nispen, R. M. A., Wouters, B., Moll, A. C., & van Rens, G. H. M. (2007). Impact of visual impairment on quality of life: A comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions. *Ophthalmic Epidemiology*, 14(3), 119–126. doi:10.1080/09286580601139212

- Leach, L. S., Butterworth, P., Olesen, S. C., & Mackinnon, A. (2013). Relationship quality and levels of depression and anxiety in a large population-based survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 417–425. doi:10.1007/s00127-012-0559
- Lotery, A., Xu, X., Zlatava, G., & Loftus, J. (2007). Burden of illness, visual impairment and health resource utilisation of patients with neovascular age-related macular degeneration: Results from the UK cohort of a five-country cross-sectional study. *British Journal of Ophthalmology*, 91(10), 1303–1307. doi:10.1136/bjo.2007.116939
- Marques, N. F. da S. (2011). *A qualidade de vida de adolescentes com cegueira congénita ou precoce em Portugal: Implicações na construção da personalidade e da vida adulta* (Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal). Disponível em <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/3937>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D’Zurilla, T. J. (2012). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention*. Disponível em [http://books.google.pt/books?id=ivOCEqqwL88C&source=gbs\\_navlinks\\_s](http://books.google.pt/books?id=ivOCEqqwL88C&source=gbs_navlinks_s)
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225–237. doi:10.1080/13548500500524088
- Pereira, A. A. M. (2013). *Dor psicológica e ideação suicida em estudantes* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Portugal). Disponível em <http://ria.ua.pt/handle/10773/11527>
- Pereira, A. A. M., Santos, J. C. P., Pereira, A. M. S. (2014). *Validação da escala da dor psicológica*. Documento não publicado [Documento em preparação].
- Piñeiro Gonzalez, R. (1997). *Dicionário de ciências da saúde*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Renaud, J., & Bédard, E. (2013). Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 931-943. doi: 10.2147/CIA.S27717

- Rodrigues, S. M. F. E. (2004). *A experiência da perda da visão, a vivência de um processo de reabilitação, e as percepções sobre a qualidade de vida* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal). Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5403>
- Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), 308–316. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=17241691&site=ehost-live>
- Silveira, M., & Sequeira, A. (2002). A saúde mental na inserção social da pessoa com cegueira adquirida. *Análise Psicológica*, 20(3), 449–470. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n3/v20n3a19>
- Torres, A., Pereira, A., Monteiro, S., & Albuquerque, E. (2013). Preliminary psychometric characteristics of the portuguese version of patient health questionnaire 9 (PHQ-9) in a sample of portuguese breast cancer women. *European Psychiatry*, 28[Suplemento1], 1. doi:10.1016/S0924-9338(13)77209-2
- Tsai, S. Y., Cheng, C. Y., Hsu, W. M., Su, T. P., Liu, J. H., & Chou, P. (2003). Association between visual impairment and depression in the elderly. *Journal of the Formosan Medical Association*, 102(2), 86-90. Disponível em <http://www.fma.org.tw/jfma/PDF/2003-102/JFMA%20V102N02/086-090%20Association.pdf>
- Walker, J. G., Anstey, K. J., & Lord, S. R. (2006). Psychological distress and visual functioning in relation to vision-related disability in older individuals with cataracts. *British Journal of Health Psychology*, 11(2), 303–317. doi:10.1348/135910705X68681
- Williams, R. A., Brody, B. L., Thomas, R. G., Kaplan, R. M., & Brown, S. I. (1998). The psychosocial impact of macular degeneration. *Archives of Ophthalmology*, 116(4), 514–520. doi:10.1348/135910705X6868
- World Health Organization. (2014). 10 facts about blindness and visual impairment. Disponível em <http://www.who.int/features/factfiles/blindness/en/#>

- Yoshimura, K., Yamada, M., Kajiwar, Y., Nishiguchi, S., & Aoyama, T. (2013). Relationship between depression and risk of malnutrition among community-dwelling young-old and old-old elderly people. *Aging & Mental Health*, 17(4), 456–460. doi:10.1080/13607863.2012.743961
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

# **Anexos**



## Anexo A – Pedido de autorização aos autores das escalas

De: José Luis Pais Ribeiro [jpr@fpce.up.pt]  
Para: Ana Teixeira  
Cc:  
Assunto: RE: pedido urgente de autorização para utilização da HADS em dissertação de mestrado

Enviada: qua 05-03-2014 08:11

Não me oponho à utilização da versão portuguesa da HADS que traduzi e estudei para a população portuguesa

José Luis Pais Ribeiro  
[jpr@fpce.up.pt](mailto:jpr@fpce.up.pt)  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

**De:** Ana Teixeira [teixeira.a@ua.pt]  
**Enviado:** quarta-feira, 5 de Março de 2014 4:20  
**Para:** José Luis Pais Ribeiro  
**Cc:** 'Anabela Pereira'  
**Assunto:** pedido urgente de autorização para utilização da HADS em dissertação de mestrado

Bom dia caríssimo Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro.  
Sou a Ana Sofia Teixeira, aluna do segundo ano de mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro. Estou a desenvolver a minha Dissertação de mestrado sobre a orientação da Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, que tem como tema "o impacto de uma Deficiência Visual na Ansiedade e na Depressão". A fim de conseguir realizar a presente investigação, pretendo aplicar a HADS, escala que o Professor traduziu e aferiu para a população portuguesa. Neste sentido, gostaria de saber se o Professor autorizava que eu utilizasse a escala.  
Caso considere por bem, depois podia partilhar consigo as principais conclusões da minha investigação.  
Aguardo resposta.  
Grata por toda a atenção dispensada,  
Ana Sofia Teixeira

De: José Carlos Santos [jcsantos@esenfc.pt]  
Para: 'Ana Teixeira'  
Cc: 'Anabela Pereira'  
Assunto: RE: pedido urgente de autorização para utilização da Escala da Dor Psicológica para Dissertação de Mestrado

Enviada: qui 06-03-2014 20:56

Boa noite Ana,

Agradeço o contacto,

Obviamente autorizo que utilize a versão preliminar da escala da dor psicológica, agradecendo posteriormente a cedência da base de dados para fortalecer o estudo da escala,

Qualquer questão disponha,

Votos de bom trabalho

JCS

**De:** Ana Teixeira [mailto:teixeira.a@ua.pt]  
**Enviada:** quarta-feira, 5 de Março de 2014 04:14  
**Para:** [jcsantos@esenfc.pt](mailto:jcsantos@esenfc.pt)  
**Cc:** 'Anabela Pereira'  
**Assunto:** pedido urgente de autorização para utilização da Escala da Dor Psicológica para Dissertação de Mestrado

Bom dia caríssimo Professor Doutor José Luís Santos.  
Sou a Ana Sofia Teixeira, aluna do segundo ano de mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro. Estou a desenvolver a minha Dissertação de mestrado sobre a orientação da Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, que tem como tema "o impacto de uma Deficiência Visual na Ansiedade e na Depressão". A fim de conseguir realizar a presente investigação, pretendo aplicar a Escala da Dor Psicológica. Neste sentido, gostaria de saber se o Professor autorizava que eu utilizasse a escala.  
Caso considere por bem, depois podia partilhar consigo as principais conclusões da minha investigação.  
Aguardo resposta.  
Grata por toda a atenção dispensada,  
Ana Sofia Teixeira

## **Anexo B – Consentimento Informado**

### ***Informação para a Recolha dos Dados***

O meu nome é Ana Sofia Teixeira e, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, estou a desenvolver uma Dissertação, sob a orientação da Professora Doutora Anabela Sousa Pereira, e coorientação da Professora Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires. Esta tem como principal objetivo analisar o impacto do sofrimento emocional na deficiência visual.

A sua participação ocupará apenas 5 minutos e consiste em preencher um conjunto de questões sobre estas temáticas. A confidencialidade e o anonimato são garantidos. Para algum esclarecimento adicional e/ou caso pretenda receber as principais conclusões do estudo, envie e-mail para [Teixeira.a@ua.pt](mailto:Teixeira.a@ua.pt).

Declaro que tomei conhecimento do principal objetivo da presente Investigação e que pretendo participar de livre e espontânea vontade no estudo, autorizando a utilização dos meus dados apenas para fins estatísticos.

## **Anexo C – Questionário Sociodemográfico**

### **1. Idade**

### **2. Sexo**

- Masculino

- Feminino

### **3. Nível de escolaridade**

- Primeiro ciclo (antiga quarta classe/escola primária)

- Segundo ciclo (até ao 6º ano)

- Terceiro ciclo (até ao 9º ano)

- Secundário (até ao 12º ano)

- Licenciatura

- Mestrado

- Doutoramento

### **4. Estado Civil**

- Solteiro

- Casado

- União de facto

- Divorciado

- Viúvo.

5. Indique a área de residência a que pertence

- Norte de Portugal
- Centro de Portugal
- Sul de Portugal
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores
- outro país da CPLP

6. Qual a natureza da sua Deficiência Visual?

- Congénita
- Adquirida

7. Numa escala de 1 a 5 em que 1 não interfere em nada e 5 interfere totalmente, classifique de que forma é que a sua Deficiência Visual afeta o seu bem-estar geral.

1 = Interfere nada

2 = Interfere pouco

3 = Interfere moderadamente

4 = Interfere muito

5 = Interfere totalmente

## Anexo D - Escala da Dor Psicológica

As seguintes afirmações referem-se à sua dor psicológica, e não à sua dor física. Assinale o número adequado, indicando a frequência com que ocorrem as seguintes afirmações: 1 = Nunca; 2 = Algumas vezes; 3 = Frequentemente; 4 = Quase sempre; 5 = Sempre.

	1	2	3	4	5
1. Sinto dor psicológica.					
2. Parece que tenho dor interiormente.					
3. A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física.					
4. A minha dor faz-me querer gritar.					
5. A minha dor faz com que a minha vida pareça infeliz.					
6. Não consigo entender a razão do meu sofrimento.					
7. Psicologicamente, sinto-me péssimo/a.					
8. Tenho dor porque sinto-me vazio/a.					
9. A minha alma dói-me.					
10. Não aguento mais a minha dor.					
11. A minha situação tornou-se impossível devido à minha dor.					
12. A minha dor está a destruir-me.					
13. A minha dor psicológica afeta tudo o que faço.					

## **Anexo E - Escala de Ansiedade e de Depressão Hospitalar**

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e que assinale à opção que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

1 Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

Quase sempre;

Muitas vezes;

Por vezes;

Nunca.

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

Tanto como antes;

Não tanto agora;

Só um pouco;

Quase nada.

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

Sim e muito forte;

Sim, mas não muito forte;

Um pouco, mas não me aflige;

De modo algum.

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

Tanto como antes;

Não tanto como antes;

Muito menos agora;

Nunca.

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

A maior parte do tempo;

Muitas vezes;

Por vezes;

Quase nunca.

6. Sinto-me animado/a:

Nunca;

Poucas vezes;

De vez em quando;

Quase sempre.

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

Quase sempre;

Muitas vezes;

Por vezes;

Nunca.

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

Quase sempre;

Muitas vezes;

Por vezes;

Nunca.

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

Nunca;

Por vezes;

Muitas vezes;

Quase sempre.

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:

Completamente;

Não dou a atenção que devia;

Talvez cuide menos que antes;

Tenho o mesmo interesse de sempre.

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

Muito;

Bastante;

Não muito;

Nada.

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

Tanto como antes;

Não tanto como antes;

Bastante menos agora;

Quase nunca.

13. De repente, tenho sensações de pânico:

Muitas vezes;

Bastantes vezes;

Por vezes;

Nunca.

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou programa de rádio ou televisão:

Muitas vezes;

De vez em quando;

Poucas vezes;

Quase nunca.



## SOFRIMENTO EMOCIONAL NA DEFICIÊNCIA VISUAL

### Anexo F – Questionário de Saúde do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data de Hoje: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Preencha, com uma caneta ou lápis, as caixas correspondentes às suas respostas.

<b>A. Ao longo das <u>últimas duas semanas</u>, quantas vezes se sentiu incomodado por cada um dos seguintes problemas?</b>				
	Nunca 0	Vários Dias 1	A maioria dos dias 2	Quase todos os dias 3
1.Pouco interesse ou prazer nas coisas habituais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Sentir-se em baixo, deprimido ou desamparado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Dificuldade em adormecer, dormir pouco ou dormir demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Sentir-se cansado ou ter pouca energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Diminuição ou aumento de apetite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Sentir-se mal consigo próprio - sentir que é um fracasso ou que se deixou ir abaixo ou à sua família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Dificuldade em concentrar-se em algumas tarefas, como ler um jornal ou ver televisão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.Mexer-se ou falar tão devagar que outras já devem ter reparado. Ou o contrário, estar tão inquieto ou agitado que se move muito mais do que o habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.Pensamentos acerca de que estaria melhor morto ou de se ferir a si mesmo de alguma forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. Se sentiu incomodado por algum dos 9 problemas referidos em cima, responda por favor à seguinte questão:**

Qual é a dificuldade que estes problemas têm causado no seu trabalho, no cuidar das suas coisas em casa ou em conviver com outras pessoas?

Nenhuma Dificuldade

☐

Pouca Dificuldade

☐

Muita Dificuldade

☐

Extrema Dificuldade

☐